

(Лантокс). В условиях дневного стационара под внутривенным наркозом внутривульварно диффузно в 20 точек стенки мочевого пузыря введено 200 ЕД БТА (Лантокс). Разведение: 10 ЕД на 1 мл физиологического раствора. Использовался манипуляционный цистоскоп с иглой для интравезикальных инъекций 5Ch. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером в течение суток.

Результаты. Через месяц пациентка была осмотрена повторно.

Отмечено выраженное симптоматическое улучшение, нормализация ночного сна и, соответственно, повышение качества жизни. Объективно: емкость мочевого пузыря увеличилась до 180 мл, средний интервал между мочеиспусканиями вырос до 135 минут, при средней порции мочи – 100 мл. Среднее число мочеиспусканий уменьшилось с 28 до 15 в сутки. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Заключение. Настоящее наблюдение представляет редкий случай применения внутривульварных инъекций БТА (Лантокс) при лучевом цистите – тяжелом и трудно поддающемся лечению осложнении лучевой терапии. Первые результаты позволяют надеяться на улучшение реабилитации пациентов с лучевым циститом за счет коррекции симптомов нарушения функции нижних мочевых путей при рефрактерности к холинолитической терапии. ■

Ключевые слова: ботулинический токсин типа А, лучевой цистит, гиперактивность мочевого пузыря.

Интрапростатические инъекции ботулинического токсина типа А при ДГПЖ

И.И. Абдуллин, К.А. Степанов, М.Ю. Просянкин

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Москва

Несмотря на эффективность медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), в ряде случаев, ее симптоматический эффект оказывается недостаточным. В связи с этим поиск новых методов коррекции симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП) при ДГПЖ остается актуальным. На наш взгляд «идеальная терапия» СНМП при ДГПЖ должна вызывать: атрофию (редукцию объема) предстательной железы, уменьшать симптомы и интравезикальную обструкцию. Принимая во внимание механизм действия ботулинического токсина типа А (БТА) и патофизиологию нарушений мочеиспускания при ДГПЖ, имеются основания предположить, что интрапростатические

инъекции ботулотоксина окажутся эффективными.

В литературе нами найдено лишь 7 исследований [4-10], посвященных интрапростатическим инъекциям БТА при ДГПЖ. Причем только исследование Maria et al. [10] является двойным слепым плацебо-контролируемым. Число пациентов в большинстве исследований не превышало 30 человек. Оценивались объем предстательной железы, скорость мочеиспускания и число баллов по шкале IPSS до начала лечения и в различные периоды после процедуры.

Мы располагаем опытом 5-месячного наблюдения пациента после интрапростатического введения БТА (Лантокс) по поводу СНМП обусловленных ДГПЖ.

Жалобы. Пациент Х., 62 лет, обратился с жалобами на ноктурию до 3-х раз, учащенное мочеиспускание

(до 10 раз) днем, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Анамнез. Считает себя больным более 10 лет. Получал терапию альфа-адреноблокаторами и растительными экстрактами с умеренным эффектом. Сопутствующие заболевания отрицает.

Осмотр. При осмотре и пальпации область почек и мочевого пузыря не изменена. Предстательная железа при осмотре *per rectum* увеличена в размерах, безболезненна, без уплотнений, срединная борозда сглажена.

Инструментальные и лабораторные исследования. Клинические анализы мочи, крови и биохимический анализ крови без отклонений. Пациент имел умеренную степень СНМП. В ходе исследования оценивались: симптомы по шкале IPSS; параметры мочеиспускания методом урофлоуметрии; объем простаты ультразвуковым методом;

Таблица 1. Динамика основных клинических показателей до и в различные сроки после введения БТА

Показатели	До лечения	1 месяц после лечения	2 месяца после лечения	5 месяцев после лечения
IPSS (баллы)	13	8	7	8
QOL (баллы)	3	2	2	2
Q_{max} (мл/сек.)	14	21,7	19	22
V прост (см ³)	68	41	39	34
МИЭФ	38	35	37	37
КОМКФ	26	30	31	27

сексуальная функция – с помощью опросника МИЭФ и шкалы количественной оценки мужской популятивной функции (КОМКФ).

Лечение. В условиях дневного стационара пациенту под аппликационной анестезией под ультразвуковым контролем трансректально в предстательную железу было введено 200 ЕД Лантокса (2 инъекции в каждую долю по 50 ЕД соответственно). Препарат разведен в 8 мл стерильного физиологического раствора. Для проведения процедуры использовался ультразвуковой аппарат с трансректальным датчиком и насадкой для проведения биопсии и игла для эндоскопических вмешательств Ch 5 (рисунок 1).

Процедура наведения иглы под контролем ТРУЗИ идентична таковой при биопсии простаты.

Результаты. Динамика основных клинических показателей до и в различные сроки после введения БТА представлена в таблице 1.

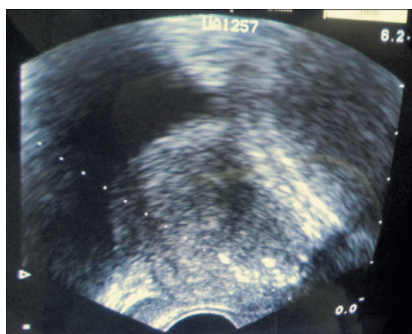


Рисунок 1. Трансректальная УЗ навигация интрапростатического введения препарата Лантокс пациенту X.

При анализе результатов через 5 месяцев отмечено клинически значимое уменьшение симптомов по шкале IPSS с 13 до 8 баллов, клинически значимое увеличение максимальной объемной скорости мочеиспускания (Q_{max}) с 14 до 22 мл/сек., а также достоверное уменьшение объема предстательной железы с 68 см³ до 34 см³. По данным опросников, клинически

значимого изменения показателей половой функции у пациента не зарегистрировано.

Таким образом, через 5 месяцев после интрапростатического введения БТА пациенту с СНМП и ДГПЖ достигнуто:

- уменьшение симптомов по шкале IPSS;
- увеличение объемной скорости мочеиспускания;
- атрофия (уменьшение объема) предстательной железы.

Закключение. Полученный результат позволяет сделать вывод о возможности ботулинотерапии СНМП при ДГПЖ. В настоящее время мы наблюдаем еще 5 больных на разных сроках после интрапростатического введения БТА (Лантокс). После получения статистически значимых данных можно будет сделать более достоверные выводы о перспективности данного метода коррекции симптомов при ДГПЖ. ■

Ключевые слова: ботулинический токсин типа А, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей.

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А.Д., Иванов С.А., Клименко А.А. Уроантисептическая терапия в лечении лучевого цистита у женщин. Российский научный центр рентгенрадиологии МЗ РФ. 2005.
- Галил-Оглы Г.А., Каприн А.Д., Титова В.А., Паклина О.В., Чазова Н.Л., Клименко А.А. Функциональные и морфологические изменения нижних мочевых путей в процессе лучевой терапии на органы малого таза. М. 2004.
- Chuang Y.C., Kim D.K., Chiang P.H., Chancellor M.B. Bladder botulinum toxin A injection can benefit patients with radiation and chemical cystitis. BJU Int. 2008 Sep; 102 (6): 704-6.
- Chuang Y.C., Tu C.H., Huang C.C. et al. Intraprostatic injection of botulinum toxin type-A relieves bladder outlet obstruction in human and induces prostate apoptosis in dogs. BMC Urology 2006; 6:12.
- Kuo H.C. Prostate botulinum A toxin injection an alternative treatment for benign prostatic obstruction in poor surgical candidates. Urology 2005; 65: 670-4.
- Park D.S., Cho T.W., Lee Y.K., Lee Y.T., Hong Y.K., Jang W.K. Evaluation of short-term clinical effects and presumptive mechanism of botulinum toxin type A as a treatment modality of benign prostatic hyperplasia. Yons Med J 2006; 47: 706-14.
- Larson T.R., Scottsdale A.Z., Huidobro C. et al. Intraprostatic injection of botulinum toxin in the treatment of symptomatic LUTS, including sequential MRIs for accurate changes in size of the prostate. J Urol 2005; 173 (suppl): 376.
- Guercini F., Giannantoni A., Bard R.L. et al. Intraprostatic botulinum toxin injection in patients with severe benign prostatic hyperplasia: a multicenter feasibility study. J Urol 2005; 173 (suppl): 376-7.
- Silva J., Silva C., Saraiva L. et al. Intraprostatic botulinum toxin type A injection in patients unfit for surgery presenting with refractory urinary retention and benign prostatic enlargement. Effect on prostate volume and micturition resumption. Eur Urol 2008; 53: 153.
- Maria G., Brisinda G., Civello I.M., Bentivoglio A.R., Sganga G., Albanese A. Relief by botulinumtoxin of voiding dysfunction due to benign prostatic hyperplasia: Results of a randomized, placebo-controlled study. Urology 2003; 62:259-64.